

apophyse styloïde une ou deux exostoses très circonscrites, du volume et de la forme de petites noisettes. Les os des mains ne présentent aucune difformité.

Le quart inférieur du corps des fémurs, leurs condyles et la moitié supérieure des tibias, sont remarquables par d'énormes exostoses plus ou moins circonscrites et saillantes sous la peau. On pourrait comparer leur forme à celle de certaines pommes de terre inégales, noueuses, bosselées. L'extrémité supérieure de chaque péroné est volumineuse et déformée.

On observe surtout à la partie inférieure des tibias et des péronés une augmentation de volume. Ces os en cet endroit ne présentent point d'exostoses. Leur tissu y est uniformément tuméfié, de manière à rendre les jambes aussi grosses en bas qu'en haut.

Les os des pieds n'offrent aucune difformité.

M. Dupuytren, qui a observé un assez bon nombre de maladies de ce genre, pense que ces sortes d'altérations, de déformations des os, ne reconnaissent point pour cause le virus syphilitique. Ce sont, dit-il, des résultats d'aberrations de la nutrition, des résultats d'aberrations dans la distribution du suc osseux. Il compare ces tumeurs osseuses anormales aux bosses noueuses que l'on voit survenir sur certains arbres par défaut de régularité dans la nutrition (1).

(1) Observation recueillie par M. Manceau.

ARTICLE VI.

DU PIED-BOT.

Parmi les vices de conformation que présente l'organisation de l'homme, la déviation congéniale des pieds est un des plus fréquents. Cette lésion avait déjà fixé l'attention des anciens chirurgiens, et l'on trouve dans leurs ouvrages des descriptions de machines destinées à les corriger. Mais ce n'est réellement que dans ces derniers temps que l'on a publié des traités étendus sur ce sujet. Ce qui manquait surtout à l'histoire de ces infirmités, c'est l'examen anatomique de ces parties affectées; on ne pouvait hasarder que des conjectures, parce qu'on n'avait point cherché à connaître la nature de la maladie.

La plus commune des torsions congéniales des pieds est celle que les anciens ont désignée sous le nom de *varus*. La pointe est tournée en dedans et le pied renversé, au point que le malade marche sur son bord externe, et quelquefois même sur une partie du dos. La seconde variété est celle dans laquelle le pied est tourné en dehors; les anciens l'ont appelée *valgus*; elle est beaucoup plus rare. Il y a encore une autre variété dans laquelle la pointe du pied est tournée en arrière, et le pied entier tellement renversé que le malade marche totalement sur sa face dorsale.

Il suffit de dire que la cause essentielle de cette disposition irrégulière est la luxation de quelques uns des os du tarse, et que les ligaments et les muscles n'ont pris que consécutivement l'arrangement contre nature qu'ils présentent. Les causes qui peuvent déterminer ou favoriser le développement de pareilles déviations des pieds dans le sein de la mère, sont peu connues et peu faciles à apprécier. On a cru les trouver dans la forme irrégulière des os du tarse, dans le défaut d'équilibre entre les muscles qui mettent le pied en

mouvement, dans le défaut de longueur d'une partie de ces muscles, dans une insertion contre nature de l'un ou de l'autre de leurs tendons; dans la tendance singulière des pieds du fœtus à se renverser en dedans. On a encore expliqué le mécanisme de la production du pied-bot, par la pression exercée contre le fœtus par les contractions utérines, en raison de l'absence plus ou moins complète du liquide amniotique. D'autres ont attribué cette difformité à un arrêt de développement, à une attitude du fœtus, telle qu'il est devenu pour une ou plusieurs parties de lui-même un corps résistant propre à maintenir ces parties dans une direction vicieuse.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, le pied-bot congénial est un vice de conformation dans lequel le pied est fortement porté en dedans, recourbé un peu suivant sa longueur et dans le sens de sa concavité. Souvent il est plus petit qu'il ne devrait l'être : il y a altération dans sa nutrition. Les malades sont obligés à marcher sur le bord externe, et quand la déviation est la plus grande possible, ils appuient sur la malléole externe.

Tous ces symptômes extérieurs ont été bien décrits par Scarpa; d'autres auteurs se sont occupés des déviations internes révélées par la dissection; mais aucun d'eux n'a appelé l'attention sur une des conséquences les plus importantes du pied-bot, c'est-à-dire sur l'altération de nutrition et l'atrophie du membre.

Le pied-bot congénial peut être borné à un seul pied; il peut occuper les deux pieds. Si, dans le premier cas, on examine l'enfant à une époque très rapprochée de la naissance, on trouve, comme nous venons de le dire, le pied malade ordinairement un peu plus petit que l'autre, mais les jambes ont une égale longueur. Quand l'altération porte sur les deux pieds, ils sont en général également développés.

A mesure que l'on s'éloigne de l'époque de la naissance, on reconnaît très bien l'atrophie, et sa cause peut être assez bien indiquée. En effet, l'enfant s'appuie instinctivement sur le pied sain, et tout le poids du corps porte sur lui; il en ré-

sulte que sa nutrition est plus active, tandis que le pied malade, restant dans une espèce d'inaction, doit au contraire dépérir.

Mais cette atrophie doit être surtout distinguée en deux espèces, jusqu'ici confondues, et qu'il importe de bien séparer : 1^o l'atrophie selon l'épaisseur du membre; 2^o l'atrophie selon la longueur. La première espèce opère principalement sur les muscles, d'où résultent la gracilité et la faiblesse du membre. La seconde agit bien sur les muscles et les os; mais c'est son action sur le squelette qui est la plus grave et la plus importante; car on peut toujours remédier à l'atrophie selon l'épaisseur, quand on a redressé le pied-bot par l'exercice musculaire, tandis que nul remède ne saurait corriger le raccourcissement du membre.

Avec l'âge on voit croître la différence de longueur entre le membre bien conformé et le membre difforme; nulle au moment de la naissance, elle se prononce quelques années plus tard; à dix ans, continue M. Dupuytren, j'ai toujours vu un raccourcissement notable. Si l'on examine un homme de vingt ans affecté de pied-bot, on trouve une inégalité beaucoup plus considérable, et en général tellement au-dessus des ressources de l'art, qu'après deux ou trois ans de traitement on n'obtiendra jamais complètement la guérison de l'atrophie suivant la longueur, par les moyens mécaniques. Il faut alors avoir recours à la section du tendon d'Achille, dont les avantages sont aujourd'hui bien connus. Le raccourcissement des muscles et des tendons, moins grave en général, doit cependant être pris en considération, car il devient incurable à une certaine époque; ainsi, le tendon d'Achille, à vingt ans, a tellement perdu de sa longueur, que, même lorsque le pied a été ramené à sa direction naturelle, le talon demeure presque toujours relevé, et contraint le malade, pour appuyer sur le sol, à faire usage d'un talon de soulier beaucoup plus élevé.

Partant de ces principes, dit M. Dupuytren, j'ai engagé une foule de parents à faire traiter de bonne heure leurs enfants affectés de pied-bot, et j'ai vu redresser en *un mois, six semaines*, des déviations du pied chez les enfants du pre-

mier âge, qui commençaient à se servir de leur membre presque immédiatement après ce traitement. J'ai envoyé dans un établissement orthopédique des enfants qui avaient six semaines, un, deux, trois ans; le redressement était d'autant plus facile qu'ils étaient plus voisins de la naissance. Ceci se conçoit très bien. En effet, chez un enfant qui vient de naître, la main rend avec une facilité extrême au pied sa forme normale, et sans occasionner de douleur; quelques mois de plus accroissent les difficultés. De dix à vingt ans, il faut recourir aux machines ou mieux encore à la section du tendon d'Achille; cela tient à trois causes principales: la souplesse des ligaments et des muscles qui diminue avec les progrès de l'âge; l'accroissement de la difformité même, et la conformation vicieuse dans laquelle les os sont nourris et développés.

On peut donc ériger en principe que le traitement du pied-bot congénial sera d'autant plus rapide et plus sûr, qu'il se rapprochera davantage de l'époque de la naissance. Les travaux de MM. J. Guérin et Bouvier ont mis ce fait hors de doute.

Ces avantages méritent bien de fixer l'attention des praticiens, car on sait que lorsque les enfants sont un peu âgés, il faut souvent un an ou deux pour les guérir. Plus tard, il est nécessaire de leur faire garder l'appareil durant un temps plus ou moins long. En général, toutes les fois que les muscles se laissent allonger par l'effort de la main, et que la contraction n'est pas considérable, on y remédie aisément par les moyens mécaniques.

Disons cependant, en terminant cet article, que la guérison de ces difformités se fait quelquefois sans aucun secours de l'art. M. le docteur Stoltz, dans un mémoire inséré dans le Répertoire d'anatomie et de physiologie, a rapporté l'histoire d'un jeune garçon, né de parents peu aisés, qui avait un renversement du pied en dedans très marqué. Ce ne fut que quand il commença à marcher qu'on lui fit faire des brodequins tout-à-fait simples, sans aucune mécanique; et plus tard il portait des chaussures ordinaires accommodées à sa difformité. Il n'en guérit pas moins à l'âge de dix à douze

ans. Il s'appliquait lui-même à ramener son pied en devant autant qu'il lui était possible; il était obligé de travailler beaucoup, et portait souvent des fardeaux lourds, ce qui lui faisait appuyer fortement le pied sur le sol. L'exercice rétablit l'équilibre dans la force musculaire, et aujourd'hui qu'il a l'âge de vingt ans, on ne dirait pas qu'il ait jamais été affecté de cette difformité.

ARTICLE VII.

DES KYSTES QUI SE DÉVELOPPENT DANS L'ÉPAISSEUR DES OS, ET DE LEURS DIFFÉRENTES ESPÈCES.

Il y a déjà long-temps, dit M. Dupuytren, que j'ai démontré pour la première fois que dans les parties osseuses il se développe des tumeurs ordinairement fibro-celluleuses, qui, en s'accroissant, soulèvent et amincissent l'os, de manière à le réduire en une lamelle semblable à une plaque métallique qui se serait étendue sous les efforts du marteau. Si l'individu vient à succomber et qu'on en fasse l'autopsie, on trouve dans l'os une cavité qui contient fréquemment une matière fibro-celluleuse, lorsqu'elle n'est pas dégénérée. Ce tissu paraît de nouvelle formation; mais, chose remarquable, l'os n'est ni gonflé ni ramolli, il est seulement écarté et aminci. Ce point est d'une haute importance, comme nous le verrons plus tard en traitant du diagnostic.

Voici un premier fait qui va nous fournir des considérations précieuses, et qui nous servira en même temps d'introduction pour vous faire connaître nos idées sur les kystes à parois osseuses.

OBS. I. — *Kyste à parois osseuses développé dans le maxillaire supérieur. — Incision, extirpation. — Mort.* — Une jeune fille, âgée d'environ sept ans, bien conformationnée, d'une constitution lymphatique, vint à l'Hôtel-Dieu,